

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1029

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eugène RESMOND

Né le 5 Juillet 1913 à Paris

**ZONA OPHTALMIQUE
TRAUMATIQUE**

Président : M. TERRIEN, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eugène RESMOND

Né le 5 Juillet 1913 à Paris

ZONA OPHTALMIQUE TRAUMATIQUE

Président : M. le Professeur TERRIEN

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educational physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tué au Champ d'Honneur en octobre 1914.

Regrets éternels.

A MA MERE

*Qui grâce à ses nombreux sacrifices
nous permet de faire nos études
de médecine.*

Ma reconnaissance éternelle.

A MA FEMME

*Notre fidèle compagne qui sut toujours nous aider et veiller sur nos deux enfants.
Ma profonde reconnaissance.*

A mes deux enfants GUY et DANIEL

A MES BEAUX-PARENTS

Mon respect éternel.

A MON ONCLE LE RUNE

Chirurgien-Dentiste

*Qui nous aida souvent pendant nos
études.*

Mes profonds remerciements.

A MON GRAND AMI J. LE GORJU

Chirurgien-Dentiste

Mon éternelle amitié.

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de Clinique ophtamologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider notre thèse.
Nos hommages respectueux.*

A Monsieur le DOCTEUR COUTELA

*Qui nous fit le grand honneur de
nous procurer le sujet de notre
thèse.*

Respectueux hommages.

A Mon Maître le DOCTEUR L. CHENET

Professeur d'ophtalmologie
et d'oto-rhino-laryngologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous fumes l'interne qui, par
ses conseils, par l'aide constante
qu'il nous apporta au cours de nos
études, par l'amitié qu'il nous pro-
cura, a contribué pour une grosse
part à notre formation médicale
et chirurgicale.*

Notre éternelle reconnaissance.

A mon Maître le DOCTEUR BOURDINIERE

Professeur de Pathologie Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous fumes l'interne.
Respectueux hommages.*

A mon maître le DOCTEUR LAMACHE

Professeur d'Histologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous fûmes le préparateur
pendant deux années.
Hommages respectueux.*

A mon Maître le DOCTEUR MARQUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous fûmes l'externe.

A mon Maître le DOCTEUR A. PELLE

Professeur de clinique médicale

Dont nous fûmes l'externe.

A TOUS MES PROFESSEURS

ZONA OPHTALMIQUE TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Nous nous efforcerons de montrer dans notre thèse, que le zona bien longtemps considéré comme une maladie infectieuse, voisine de la varicelle, revêt en réalité une étiologie beaucoup plus vaste et que, dans certains cas, on retrouve un traumatisme à la base de cette affection. Ce traumatisme, origine du zona, admis par Charcot dès 1859, à peu près nié par Thibierge, en 1923, a une grande importance, en particulier pour le zona ophtalmique. Il laisse en effet souvent, comme nous le verrons, des séquelles diminuant d'une façon notable la vision. Plus tard, la cornée atteinte de troubles trophiques peut être le siège d'ulcères récidivants.

Des paralysies oculaires entraînent des diplopies persistantes.

Avant les données récentes sur l'origine traumatique du zona, on a eu tendance au point de vue des accidents du travail à nier la relation de cause à effet invoquée par l'ouvrier, pour expliquer l'apparition de son zona à la suite d'un accident survenu au cours de son travail.

Des experts, troublés par des coïncidences vraiment frappantes, entre le trauma et l'apparition du zona, ont été gênés par les théories anciennes sur la pathogénie du zona, pour établir leurs rapports d'expertises. A l'heure actuelle, cette relation, tout au moins dans certaines conditions, permettra d'indemniser équitablement les ouvriers atteints d'une incapacité permanente partielle à la suite de zona traumatique.

Divisions.

Après avoir exposé quelques généralités sur l'étiologie et sur le zona en général, nous étudierons le zona ophtalmique et en particulier le rôle du traumatisme dans cette maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le zona ou herpes zoster est une maladie caractérisée essentiellement par une éruption particulière de placards érythémateux surmontés de vésicules, localisés à un territoire cutané bien déterminé (celui d'une zone zostérienne) au niveau duquel existent des douleurs à type névralgiques.

La vésicule est caractéristique par sa structure et analogue à celle de la varicelle plutôt qu'à celle de l'herpès.

Elle naît dans la couche moyenne de Malpighi, par œdème intracellulaire à la faveur de dégénérescence trouble et fibrineuse des cellules qui subissent la ballonnisation.

L'invasion de polynucléaires est relativement tardive, la base de cette vésicule se nécrose plus ou moins et parfois au point de laisser une cicatrice.

ETIOLOGIE

Maladie atteignant les deux sexes à un âge quelconque, on a remarqué qu'elle est plus fréquente au printemps.

Au point de vue étiologique, on a prétendu qu'il existait deux sortes de zona.

— L'un symptomatique, d'une affection médullaire ou radiculo méningée (syphilis, compression).

— L'autre, le zona essentiel, maladie infectieuse que certains auteurs comme Netter, rattachent à la varicelle, tandis que d'autres comme Comby, considèrent les deux maladies comme différentes.

En faveur de la nature infectieuse, on a cité des zonas survenant au cours de la pneumonie, de la pleurésie, de la méningite cérébro-spinale, de la tuberculose, comme l'a montré Leudet, de la syphilis. On remarque que, sans être contagieuse, il paraît épidémique en ce sens qu'il arrive que plusieurs

personnes de la même famille soient prises en même temps ou à peu d'intervalle.

Parfois même, le zona se comporte à la façon d'un fièvre éruptive, précédée de prodromes. il est accompagné de phénomènes généraux. fébriles. et l'adénopathie est de règle : on note une polynucléose et une éosinophilie sanguine. (Sabrazes et Mathès.) Une première atteinte confère l'immunité.

Puis une notion arriva : celle de l'identité du virus du zona avec celui de la varicette. Annoncée par Bokay (Budapest. 1909), par Le Feuvre de Buluways (Londres, 1914-1917), par Low (1919). la relation existant entre les deux maladies a été soutenue et démontrée par Netter (1920-1922) et par Amsler.

Des observations concluantes établissent en effet que la transmission peut se produire dans les deux sens.

On a vu des varicelles provenir d'un zona et vice-versa, à un intervalle de douze à dix-sept jours. correspondant à la période d'incubation de la varicelle. D'autres infections aiguës peuvent d'ailleurs donner le zona ; c'est le cas de la vaccine, de l'encéphalite léthargique.

Les infections chroniques, elles aussi, sont susceptibles de provoquer un zona. La syphilis par exemple, s'accompagne souvent de zona. L'éruption

zostérienne accompagne ou même parfois apparaît au déclin d'une méningite précoce avec lamphocytose du liquide céphalo rachidien et les signes usuels de méningite (signe de kernig raideur de la nuque, pouls lent, la céphalée est plus rare).

La tuberculose n'en est pas exempte et l'éruption zostériorforme s'accompagne également souvent de réaction méningée.

A côté de ces infections chroniques, nous rangerons également les intoxications et aussi les traumatismes nerveux.

On a en effet relaté des zonas à la suite d'intoxications par l'oxyde de carbone ou à la suite de traitement arsenical prolongé, comme l'ont montré Hutchinson et Vielson; à noter également que le zona est assez fréquent chez les diabétiques.

La notion de traumatisme a déjà été soulevée en 1914. C'est à cette date que Mme Diondonnet Lempert soutient une thèse sur le zona céphalique ou cervical d'origine dentaire; des zonas ophtalmiques sont apparus après une contusion du crâne par accident.

Il existe certainement des relations pathogéniques du zona avec le système nerveux; accusées déjà par la distribution de l'éruption, par les névralgies qui l'accompagnent, elles sont aussi évidentes que possibles.

La localisation de l'agent pathogène sur les ganglions rachidiens a été prouvée par les nombreuses autopsies de Baremprung (1863); puis Head, en Angleterre; Brisseau, Achard, en France, ont cherché à rattacher le zona à une lésion du segment spinal ou métamère.

En tout cas quelle que soit l'origine, infectieuse, toxique, traumatique, il résulte d'un même mécanisme pathogénique nerveux; il y a lésion des neurones en un point quelconque de leur trajet radiculaire et ganglionnaire ou métamérique centrale quelquefois, périphérique plus rarement.

ETUDE CLINIQUE

Nous étudierons successivement l'éruption, puis les douleurs névralgiques et les troubles qui l'accompagnent.

Affection localisée à la branche ophtalmique du trijumeau, le zona ophtalmique est, après le zona thoracique, le plus fréquent des zonas. C'est en tout cas le plus douloureux de tous. Caractérisé par une éruption douloureuse, ce zona est limité aux organes et aux téguments auxquels se distribue la branche nerveuse.

En quelques lignes nous ferons un petit rappel anatomique qui nous permettra de comprendre cette localisation.

Rappel anatomique.

La branche ophtalmique du trijumeau part du ganglion de Gasser et entre aussitôt dans la paroi du sinus caverneux; elle se trouve là au voisinage

de l'oculo moteur commun et du pathétique qui cheminent avec elle dans la paroi même du sinus et tout près de l'oculaire externe et de la carotide qui occupent ce sinus caverneux. Avant d'entrer dans l'orbite, immédiatement en arrière de la fente sphénoïdale, l'ophtalmique se divise en trois branches : Nasal, Frontal et Lacrymal.

Il se distribue au globe oculaire et aux téguments suivants :

La paupière supérieure avec la conjonctive correspondante;

Le nez avec la muqueuse des fosses nasales;

La peau du front et du cuir chevelu jusqu'au vertex.

Quant au globe oculaire son innervation est assurée par le rameau nasal dont dépendent déjà la peau du nez et la muqueuse des fosses nasales.

Il importe de remarquer que les zones de distribution des ophtalmiques sont strictement limitées à la moitié de la tête qui leur correspond.

LOCALISATION DE L'ÉRUPTION.

Quoi d'étonnant à ce que l'éruption de ce zona occupe les zones précédemment citées :

A la peau :

Brusquement on voit apparaître sur la peau des placards érythémateux, légèrement surélevés, à la surface desquels se montrent des vésicules disséminées ou réunies en groupes.

Presque toujours l'éruption occupe tout le territoire du nerf, plus rarement elle est localisée au nerf frontal (moitié interne du front et de la paupière supérieure), aux nerfs lacrymal et nasal interne (commissure palpébrale interne, aile du nez, cornet supérieur et moyen).

L'éruption siège à la fois à la paupière supérieure, au sourcil, au front dans le cuir chevelu jusqu'au vertex et sur la face correspondante du nez; elle ne s'étend pas au delà de la ligne médiane, ce qui est une des caractéristiques essentielles du zona.

Cette éruption est habituellement accompagnée d'une tuméfaction des téguments, quelquefois si accentuée qu'elle prend l'aspect d'érysipèle de la face. Le gonflement atteint au maximum les paupières dont le tissu cellulaire lâche se laisse distendre avec facilité.

Comme nous l'a montré l'anatomie, cette éruption ne se limite pas à la peau, elle atteint encore tous les autres tissus ou organes auxquels se distribue l'ophtalmique.

Au niveau de la muqueuse pituitaire.

La muqueuse nasale est prise du côté correspondant au zona; il se développe un coryza unilatéral.

Au niveau du globe oculaire.

La conjonctive s'enflamme, rougit, sécrète; l'éruption est très éphémère et, le plus souvent, on constate uniquement de l'hyperhémie et du larmoiement, le blépharospasme étant rare.

Le globe oculaire est lui-même souvent atteint par le zona. Des vésicules apparaissent sur la cornée, elles sont éphémères, s'ouvrent, font place à des ulcérations, le plus souvent superficielles qui, en général, se cicatrisent rapidement mais sont parfois à l'origine d'opacités petites ou grandes.

Assez rarement il persiste un ulcère neuro-paralytique plus tardif et plus grave pouvant se compliquer d'hypopion et même de perforation avec panophtalmie.

Exceptionnellement on a pu observer de l'iritis, des lésions de la rétine ou du nerf optique et même une poussée glaucomateuse.

Plus fréquentes sont les paralysies oculaires, en particulier la troisième paire (paralysie totale ou partielle avec ou sans participation de la pupille).

Il faut noter que souvent, au zona nasal, se rattachent habituellement les complications oculaires.

A côté de cette topographie de l'éruption existe un symptôme capital : c'est la douleur.

DOULEURS NÉVRALGIQUES.

Douleurs fréquentes se montrant à tous les degrés d'intensité. Il existe à la fois des douleurs profondes, véritables névralgies intermittentes, périodiques et des douleurs superficielles qu'éveillent ou avivent les plus légères irritations de la peau. Ces douleurs ne se limitent pas toujours à la région sus-orbitaire ou circum orbitaire, mais s'étendent quelque fois à tout l'hémi-crâne. Il faut remarquer que c'est précisément dans ce zona ophtalmique que l'on observe le plus souvent les algies post-zostériennes les plus rebelles.

Assurément ces douleurs ont un rapport indéniable avec l'âge des malades : les enfants ne souffrent jamais, les adultes assez souvent, les personnes âgées très fréquemment.

SYMPTOMES ACCESSOIRES.

L'état général ne semble pas influencé dans le zona ophtalmique; rarement il existe une fièvre légère des malaises, de l'anorexie.

EVOLUTION DU ZONA

La période inflammatoire du zona ophtalmique est de huit à douze jours, quelquefois moins, mais les ulcérations cutanées mettent longtemps à se cicatriser. Dans les cas légers quatre à cinq semaines, laissant des taches pigmentaires ou des cicatrices; dans les cas graves il faut compter des mois pour que l'inflammation disparaisse et que la cicatrisation soit complète.

Devant la gravité de ces symptômes, devant les douleurs intolérables endurées par le malade, devant les séquelles de cette affection, on s'est efforcé de chercher quelles pouvaient être les causes de cette affection. Outre celles qui ont été exposées dans l'étiologie et l'historique du zona, nous voudrions nous efforcer de prouver qu'en dehors des infections et des intoxications, il existe un zona d'origine traumatique.

On ne peut mettre en doute, disent Charlier et Etienne Martin, que le zona traumatique existe cliniquement.

Cette opinion n'est point conciliable avec celle du zona infectieux très généralement admise, le traumatisme intervient pour créer une zone d'appel ou de moindre résistance.

On ne peut guère baser, du reste, pour adopter une opinion dans un cas donner, que sur les coïncidences. L'éruption doit survenir dans un délai variant entre un jour et un mois. Quelques-unes des circonstances de l'accident peuvent aussi venir à l'appui de l'accident.

C'est ainsi que M. Sezary a observé une ouvrière d'usine, qui avait été éclaboussée par une solution d'acide sulfurique, les vésicules apparaissent le lendemain et s'étendent en quelques jours dans les régions qui n'avaient pas été touchées par le causatif. Elles prirent tous les caractères du zona avec douleurs très vives, hypoesthésie à la piquûre, etc...

Les cas de ce genre ont été observés avec une fréquence assez grande pour que l'on puisse admettre l'existence d'un zona traumatique.

N'a-t-on pas vu des zonas succéder à un traumatisme superficiel ou profond, portant sur cette même région ou sur une région voisine.

On cite des zona succédant à une lésion de l'orbite, à une avulsion dentaire, à une opération de cataracte ou à une neurotomie rétrogassérienne. Les zona après blessures de guerre sont légion.

D'ailleurs, dès 1914, Mme Diondonnet Lempert signalait le cas d'un zona ophtalmique succédant à une contusion du crâne par accident d'automobile; elle signale également qu'en cas de lésions nerveuses, de piqûres d'un rameau nerveux, on peut voir des groupes de vésicules de zona survenir sur son territoire de distribution.

On a remarqué également que, parfois, à la suite d'application de ventouses, il apparaissait les jours suivants une éruption zostérienne qui ne se localisait pas uniquement à la surface occupée par cette ventouse, mais envahissait le territoire dépendant de ce trajet nerveux.

On a voulu parler de zona reflexe en désignant des zona d'une partie du corps ou d'un viscère généralement situé dans le même territoire métamérique ou dans un territoire voisin de l'éruption zostérienne.

Les observations suivantes en font foi :

Tel est le cas d'une localisation céphalique de zona faisant suite à des altérations dentaires, de zona thoracique ou abdominal après lésions du poumon ou de l'aorte, de la vésicule biliaire (territoire

de D8-L1) ou du rein (zona siégeant dans le territoire de L1-L2) après lithiase, après hydronéphrose.

En réalité, il faut admettre que, si le traumatisme ne crée pas le zona, il est une porte d'appel, au même titre qu'un sinapisme ou un révulsif, appliqués chez un rougeoleux latent, pourront faire sortir une rougeole qui jusque-là restait rentrée.

De même, si on ne peut prétendre qu'un choc, qu'une chute sur le genou, sera la cause d'une tumeur blanche du genou, il faut quand même admettre que, souvent, à l'origine de la maladie, on retrouve, surtout chez l'enfant, un traumatisme que les parents incriminent seul.

Combien de fois n'a-t-on pas accusé une chute, un heurt au début d'une ostéomyélite, or il a été prouvé expérimentalement que, si le choc n'est pas la cause profonde, c'est pourtant lui qui déclanche la maladie, qui « la met en marche ». C'était une maladie latente qui attendait l'occasion de se faire jour. Or, le traumatisme crée précisément cette occasion.

De même le zona peut être latent chez un individu; il ne s'exteriorise pas et c'est précisément le traumatisme qui permettra de mettre au jour cette maladie qui, jusque-là, ne se dévoilait pas.

C'est la ventouse appliquée pour faire céder la douleur, c'est un accident d'automobile, c'est une avulsion dentaire, c'est une blessure de guerre qui, par le traumatisme qu'elles provoquent, mettront à nu un zona jusque-là caché.

La preuve du zona traumatique est suffisamment apportée pour que l'on puisse admettre son existence, non pas comme cause profonde, mais comme cause provocatrice de ce zona latent.

Le zona ophtalmique lui aussi a ses origines traumatiques comme nous pouvons le constater par les observations suivantes :

OBSERVATION I

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR TERRIEN

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans exerçant la profession d'ajusteur-mécanicien, blessé à la partie supérieure externe de la région frontale gauche par un volant, qui avait déterminé une contusion assez violente. Quelque peu étourdi, il ne tombe pas cependant et continua à travailler, bien qu'il ressentît un fort mal de tête qui persista les jours suivants.

Le lendemain, la paupière gauche était quelque peu contractée, avec blépharospasme; la joue était un peu enflée. Enfin, cinq jours plus tard, quelques vésicules apparaissaient sur la partie supérieure et externe de la région frontale œdématiée, et aussi à la racine des cheveux. Le Docteur Favre, consulté

à ce moment, portait le diagnostic de zona ophtalmique de la région frontale gauche, avec vésicules, douleurs névralgiques, anesthésie de la cornée, et délivrait un certificat dans ce sens.

Il conseilla aussitôt l'autohémothérapie. Quelques jours plus tard, l'anesthésie cornéenne se compliquant d'injection périkeratique et d'une légère exulcération paracentrale de la cornée, le malade est envoyé dans le service d'ophtalmologie du Docteur Coutela. Celui-ci, après avoir constaté le zona, et afin de protéger cette membrane, pratique une tarsorrhaphie médiane qui est maintenue trois semaines, puis, les phénomènes réactionnels ayant disparu, les paupières furent libérées, et six semaines plus tard le sujet reprenait son travail.

Mais, celui-ci ayant incriminé le traumatisme comme cause de cette affection, une expertise avait été ordonnée par le Juge de paix, et j'avais été désigné à l'effet de « préciser la nature de la blessure dont le sujet aurait été atteint, la relation de cause à effet pouvant exister entre cette blessure et l'accident de travail dont le blessé prétend avoir été victime; son état actuel; la date de la guérison ou celle de la consolidation de la blessure; de dire enfin si le blessé est atteint d'incapacité permanente et d'en fixer le taux éventuel ».

Voici, au moment de mon examen, les lésions que l'on pouvait constater.

L'œil droit est parfaitement normal, ainsi que les annexes de l'œil (paupières et conjonctive) et la vision également normale.

Œil gauche : Les annexes de l'œil (paupières et conjonctive) ne montrent aucune lésion ni rétraction cicatricielle. L'œil lui-même, dont la mobilité extrinsèque et intrinsèque ne présente aucune limitation, a un aspect normal. Toutefois, à l'éclairage oblique, on remarquait, sur la cornée, une petite taie paracentrale siégeant en regard de la pupille, au niveau du bord inféro-externe de celle-ci. Cette taie, petite, assez diffuse, est peu épaisse, très superficielle, et mesurant environ 2 mm. de largeur sur 3 mm. de longueur. Tout le reste de la cornée est parfaitement transparent, mais toute sa surface est très hypo-esthésiée. Alors qu'un fragment de coton promené sur la cornée droite provoque un très violent réflexe de clignement, à gauche les paupières réagissent à peine et l'œil reste ouvert.

La pupille réagit bien à la lumière, les milieux oculaires sont bien transparents et le fond de l'œil est normal.

Réfraction emmétropique; très léger astigmatisme.

Acuité et champ visuels normaux.

De plus, on constate à la partie supérieure et externe de la région frontale gauche de petites cicatrices cutanées légèrement pigmentées et, par comparaison avec le côté droit sain, une très légère hypo-esthésie de la région cutanée innervée par le rameau frontal de l'ophtalmique.

OBSERVATION II

OBSERVATION DU PROFESSEUR CHARLIER

B..., 65 ans, entre le 15 mai 1932 dans le service pour un zona ophtalmique ayant débuté il y a quinze jours environ. Dans ses antécédents, on retrouve un lourd passé traumatique : plaie de la jambe droite sans fracture, compliquée d'infection; accident d'automobile avec blessure du cuir chevelu; écrasement d'un doigt de pied au cours de son travail; une fracture de côte à droite, à la suite d'une chute; un écrasement du pouce gauche.

Il fait remonter le début de son affection à un traumatisme sur la région frontale droite, à l'en-

droit où son zona a apparu à la suite d'une chute dans la cave.

La région demeure tuméfiée pendant huit jours. Quinze jours après, il ressent quelques piqûres et des brulûres sur le front (gauche), dans la région de son traumatisme; puis il apparaît une rougeur au niveau de la face, des deux côtés, avec une tuméfaction qui se précise du côté droit, entre la pommette et l'aile du nez.

Il ne se sent pas févreux, dit-il, et il continue son travail.

Mais huit jours après, les brûlures, les douleurs lancinantes, au niveau du front s'accroissent et en deux à trois jours s'installe un placard rouge au niveau du front gauche, parsemé de vésicules. Les douleurs sont intenses le jour, mais n'empêchent pas le malade de dormir.

Il accuse de la fièvre, de l'inappétence et des frissons. C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Le malade se présente à notre examen avec une température au-dessus de 38, un pouls à 80.

Les douleurs au niveau du front sont peu accentuées. Il s'agit d'un zona d'aspect hémorragique.

Le placard érythémateux part de la fontanelle, couvre le front gauche, pour s'arrêter en bas au niveau de l'arcade sourcilière. La paupière, l'aile du nez ne sont pas envahies. Latéralement, l'éruption

s'arrête juste à la ligne médiane. Sur ce placard érythémateux se trouvent des croûtelles noirâtres, recouvrant d'anciennes vésicules crevées. Quelques éléments ont dépassé la ligne médiane et se retrouvent sur le cuir chevelu à droite.

La paupière est tuméfiée et œdématiée.

La conjonctive est enflammée. On ne sent pas de ganglion préauriculaire.

L'examen de la sensibilité montre une anesthésie au toucher et à la piqure dans toute la région érythémateuse.

Pas de myosis.

Il accuse une légère diminution de l'ouïe du côté gauche.

Le facial est indemne.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux à droite et diminués à gauche.

Les réflexes oculaires sont normaux : pas d'Argyll-Robertson.

La ponction lombaire montre une légère réaction méningée : six lymphocytes à la cellule de Nageotte.

Albumine : 0 gr. 25.

Sucre : 0 gr. 69 dans le liquide céphalo-rachidien.

Rien à signaler aux autres appareils.

Tension artérielle : 14-7.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Wassermann et Hecht négatifs dans le sang.

Examen du sang :

Globules rouges.	4.495.000
Globules blancs.	12.000
Polynucléaires.	66%
Lymphocytes.	14%
Moyens mono	5%
Grand mono.	9%
Transition.	6

OBSERVATION III

OBSERVATION DE LENHARTZ

(Traité de neurologie de Willbrant et Saenger)

H... L..., âgé de 43 ans, toujours bien portant.

Le patient tomba contre un mur et présenta à la suite de cette chute une assez grosse tuméfaction.

Quelques jours plus tard survint un gonflement de la moitié correspondante de la face; sur la peau tuméfiée apparurent de nombreuses vésicules à contenu citrin qui se troublèrent dans la suite.

La disposition des vésicules correspondait au trajet de la première branche du trijumeau.

La cornée était demeurée transparente, mais sa sensibilité était très diminuée, de même que celle de la peau dans toute la partie innervée par cette première branche.

La conjonctive était fortement injectée et les douleurs au voisinage de l'œil et dans le cuir chevelu étaient très vives.

Par la suite, tout avait rétrocedé, et il ne restait plus que les cicatrices pigmentées des vésicules.

OBSERVATION IV

OBSERVATION DE LETULLE

Un homme âgé de 53 ans tombe le 5 septembre sur les marches d'un escalier; il se fait une plaie large et profonde dans la région temporo-pariétale gauche. Une artère importante est ouverte et nécessite une ligature; la plaie suppure et est pansée avec soin.

Onze jours plus tard, une névralgie sus-orbitaire apparaît du côté opposé au traumatisme, puis deux jours après se montrent les premières plaques de zona au niveau du point d'émergence du nerf sus-orbitaire.

Le zona ophtalmique se complète peu à peu par la suite.

Il ajoute : « Ce qui prouve bien, à mon sens, que cette éruption zostérienne se développait bien sur un terrain infectieux, c'est le fait exceptionnel, si je ne m'abuse, d'une adénite parotidienne suppurée évoluant du côté du zona ophtalmique.

« Il est, comme je le pense, légitime d'adjoindre la notion de l'infection à la doctrine du zona traumatique.

Cet exemple que je rapporte brièvement ici me paraît être un argument d'une valeur indiscutable. »

OBSERVATION V

CAS DE PANAS

(Cité dans la thèse d'Hybord, Paris, 1872)

Il s'agit du cas d'un garçon âgé de 3 ans qui, à la suite d'un coup, présenta une éruption de vésicules herpétiques sur les deux paupières droites, sur la gauche avec bléphéro-conjonctivite.

L'auteur ne signale pas à quel moment apparut cette éruption.

OBSERVATION VI

OBSERVATION DE HYBORD

Dans cette observation, Hybord signale un cas de zona ophtalmique typique, présentant tous les symptômes habituels et qui est survenu cinq jours après un traumatisme de la face.

OBSERVATION VII

OBSERVATIONS DUES A L'OBLIGEANCE DU DOCTEUR COUTELA

M. R..., mécanicien en optique, âgé de 53 ans, a été victime, le 7 avril 1938, d'un accident survenu à l'occasion de son travail : corps étrangers de la cornée de l'œil gauche.

Le lendemain, 8 avril, le médecin traitant découvre au niveau de l'œil gauche une kérato-conjonctivite, suite de corps étranger.

Le blessé continue son travail, sous contrôle médical.

Le 11 avril, il entre à la Clinique Nationale des Quinze-Vingts, où il reste en traitement jusqu'à l'examen du Docteur Coutela, le 11 juin 1938.

A la date du 11 juin, le Docteur Coutela constate la présence d'une exulcération cornéenne du côté gauche avec irido-cyclite et anesthésie très accusée. Le front présente du côté gauche les cicatrices récentes de zona. En interrogeant le personnel du service, le Docteur Coutela apprend que le zona a été constaté le 12 avril 1938 avec anesthésie de la cornée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif sera basé :

— d'une part, sur les symptômes,

— d'autre part, sur l'évolution de la maladie, en remarquant que les séquelles laissées par le zona permettent de faire un diagnostic rétrospectif.

Nous retiendrons surtout la localisation de l'éruption, bien limitée aux organes et aux téguments auxquels se distribue la branche ophtalmique du trijumeau; les douleurs violentes, parfois intolérables, qui peuvent dépasser la région sus-orbitaire ou circum-orbitaire et atteindre tout l'hémi-crâne; l'adénopathie, l'hypoesthésie, à la piquê, et enfin toutes les complications oculaires possibles.

Il faut cependant reconnaître que certaines maladies ont une certaine ressemblance avec le zona.

En particulier, on peut le confondre avec une autre éruption, à cause de sa localisation et des troubles nerveux dont il s'accompagne : nous voulons

parler de l'herpès. Mais l'herpès banal n'est pas unilatéral, et il ne s'accompagne pas de douleurs.

L'érysipèle s'accompagne de phénomènes inflammatoires très accentués; la température monte à 40°; la plaque érysipélateuse présente un bourrelet; elle franchit la ligne médiane, atteint l'autre côté, revêtant dans son ensemble l'aspect d'ailes de chauves-souris.

L'impétigo aura pour lui ses croûtes caractéristiques et il peut siéger en tous les points de la face.

PRONOSTIC

Le zona ophtalmique ne récidive pas, mais il faut surtout craindre les douleurs taridves et persistantes.

M. le Professeur Terrien cite le cas d'un malade présentant à la suite d'un zona sévère une anesthésie de tout le territoire cutané innervé par la première branche du nerf trijumeau, avec des douleurs fréquentes et intenses s'irradiant le long du trajet nerveux.

Un ulcère cornéen apparut sans tendance à la cicatrisation, rappelant l'ulcère trophique de la kératite neuro-paralytique; il nécessita une tarsorrhaphie médiane.

L'ulcère guérit en six semaines mais après quelques mois un nouvel ulcère apparut, nécessitant une nouvelle tarsorrhaphie, et qui guérit également mais en plusieurs mois, les paupières ayant été libérées en plusieurs fois, à quelques semaines d'intervalle.

Plusieurs semaines après, nouvel ulcère, nécessitant une troisième tarsorrhaphie, qui sera définitivement maintenue sur la demande du malade, qui craignait le retour des ulcérations cornéennes dont il était l'objet.

Donc, il faut conclure que, devant les complications oculaires possibles, survenant soit au cours de l'éruption, soit plus rarement après, le pronostic visuel est réservé et implique une surveillance étroite.

Il faudra continuer à surveiller l'œil même après disparition du zona, veiller surtout aux troubles de la sensibilité et de la cornée qui peuvent nécessiter une tarsorrhaphie médiane permanente.

TRAITEMENT

Tout d'abord, il faut éviter tout agent irritant, qui exacerbe les lésions. « Moins on touche à un zona, mieux il se porte », a dit Fournier.

On se contentera de mettre de la poudre de talc et la peau sera protégée par cette mince pellicule, car l'air seul augmente les douleurs.

On a préconisé l'autohémothérapie, les injections de Salvarsan ou de Sulfarsénol, l'eau d'Uriage, tous moyens recommandables et qui, souvent, amènent une sédation des douleurs.

On protégera la cornée par des pommades et l'iris par des instillations d'atropine (sulfate neutre d'atropine en solution à un pour cent (1%).

Le ptosis de la paupière supérieure n'est pas à redouter, puisqu'il protège le globe oculaire.

Si malgré tout il y avait des ulcérations cornéennes, on multipliera les pommades à l'iodoforme, à l'argyrol : argolène à 5%.

L'air chaud ne donne guère de résultats.

Aussi, devant un ulcère cornéen, surtout s'il creuse, il faudra avoir recours à la suture des paupières; l'œil, ainsi protégé, guérira.

L'opération est des plus simples :

Après injection de novocaïne à 2% le long de la partie moyenne des bords palpébraux, sur une étendue de 1 cm. environ, on excise une languette meibonienne en haut et en bas, et on rapproche les deux languettes avivées, par deux points de suture.

Plus tard, une simple section aux ciseaux suffit à les désunir, et l'opération ne laisse aucune trace. les lèvres ciliaires ayant été respectées.

Cependant, il faut savoir que l'on peut être amené à faire la suture des paupières après guérison du zona par le fait d'une ératite tardive; la tarsorrhaphie permettant la cicatrisation.

PATHOGENIE

Très bien résumée dans un article du 21 novembre 1937 dans le *Bruxelles Médical*, par le D^r Bernard de Bruxelles. Il y montre que le zona traumatique contesté par Thibierge en 1923, qui ne l'admettait que comme un trouble trophique cutané, est consécutif à une lésion des ganglions nerveux.

Il fut considéré comme peu fréquent par André Thomas.

Aujourd'hui, au contraire, il est admis par la plupart des auteurs (Sézary, Horowitz, Gallot, Gougerot, Charlier, Etienne Martin, etc...).

On attribue le zona à un virus qui semble atteindre la peau, puis le système nerveux, par un processus ascendant.

Le traumatisme agit en diminuant localement la résistance de l'organisme vis-à-vis d'un virus zonaux préexistant dans la région; l'organisme serait ainsi affaibli dans la résistance vis-à-vis d'un virus qu'il héberge normalement.

Pour Levaditi, le virus du zona étant en réserve dans le système nerveux, la muqueuse laryngo-pharyngée et les amygdales, les sujets prédisposés ayant certaines zones ectodermiques plus susceptibles que les autres à les tolérer et à tolérer sa culture.

Le traumatisme peut être l'agent de localisation en créant dans l'organisme un point d'appel pour le virus zonateux, mais il ne faut pas perdre de vue que l'organisme n'est pas à tous les instants réceptif.

Comme le pense Gougerot, le trauma est donc localisateur de l'infection zonateuse.

Quant aux conditions requises pour admettre l'origine traumatique au point de vue médico-légal, ses auteurs les posent comme suit :

1° Le zona doit apparaître sur la région où a porté le traumatisme, même léger, même sans plaie tégumentaire.

2° Il doit survenir après le traumatisme initial dans un temps qui peut varier de un jour à un mois.

CONCLUSIONS

1° Le zona ophtalmique pouvant envahir les différentes branches de la branche ophtalmique de Willis peut être occasionné par différents processus, syphilis, tuberculose, par toutes les infections chroniques, aiguës, les intoxications.

2° Parmi ceux-ci, il faut retenir le traumatisme ainsi que l'ont démontré Sézary, Charlier et Etienne Martin, qui diminue la résistance de l'organisme vis-à-vis d'un virus préexistant dans l'organisme.

3° Pour admettre que le traumatisme est la cause réelle du zona, il faut que le zona apparaisse sur la région même où a porté le traumatisme; celui-ci peut être léger, même sans plaie tégumentaire. Il doit survenir après le traumatisme initial dans un espace de temps qui peut varier de un jour à un mois. Lorsqu'il existera un doute sur la relation

entre le traumatisme et l'accident, on doit toujours favoriser l'accidenté.

4° Quant à la réparation légale. l'ouvrier aura droit à son demi-salaire jusqu'à la date de la guérison, et si le zona guérit en laissant des séquelles. l'expert devra conclure une incapacité permanente et partielle dont le taux variera suivant les cas.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Aubineau. — Zona ophtalmique avec ophtalmophlégie. (Gaz. Méd. Nantes, 1914.)

Aujaleu. — Le zona traumatique (Soc. Méd. du Loiret, 17 juin 1931.)

Barthélémy. — Zona traumatique. (Bulletin Soc. Franç. Dermat. et syphilis, décembre 1937.)
(Touraine Médicale, 1901.)

Baudouin. — Zona traumatique chez un enfant.

Bernard (R.). — (Bruxelles Médical, 21 nov. 1937).

Chalier et Martin. — Zona traumatique (Journal Médical de Lyon, 1934.)

Charcot. — Névralgies consécutives à une lésion traumatique et accompagnées de vésicules d'herpès. (Journal de physiologie, 1859.)

Duvoir, L. Pollet, M. Gaultier et V. Goutner. — Zona auriculaire et bucco-pharyngé associés et compliqués de paralysie faciale et d'hépiphlégie vélo-palatine. Anesthésie de la cornée (Bulletin de la Soc. Franç. de dermatologie et de syphiligraphie, décembre 1937.)

Kulsner We. — Contribution à la question de l'étiologie traumatique du zona. (Schweiz Med. Voch., 8 sept. 1937.)

Limousi. — Observation de zona traumatique. (Soc. Méd. Gannat, 1931.)

Levaditi. — Herpès et zona, ecto-dermose nérotrope. Etude étiologique et pathogénique (Chabrus, édit., Paris.)

Marinesco. — Pathologie et physiologie du zona. Académie de Médecine, 1922.)

Rabaté. — Zona et traumatisme. (Thèse de Paris, 1934.)

Sliman ben Sliman. — Sur un cas de zona ophtalmique traumatique. (Paris, 1935.)

Terrine. — Zona ophtalmique et traumatique. (Concours médical, 8 mai 1938.)

Thibierge. — A propos du zona traumatique. (Hôpitaux de Paris, 1923.)

Imprimerie 7 bis, Rue des Suisses, Paris
